Nr 25. Kraków, 22. czerwca 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 913.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal

Rok LVII. Kraków, 22 czerwca 1918 Nr. 25

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ś. P. ANTONI NOGA MARS

Z coraz więcej malejącego grona polskich lekarskich sił uniwersyteckich ubywa znowu jedna.

Nie w sędziwym wieku, na progu zaledwie starości odchodzi na wieczny odpoczynek Antoni Mars, pozostawiając po sobie lukę, naprawdę trudną do wypełnienia, i żal serdeczny licznych przyjaciół. Nad grobem Jego ten żal przemawia pierwszy, mówiąc, że oto śmierć zabrała człowieka zacnego i przyjaciela pewnego. A potem dopiero, kiedy się zasiada do skreślenia pozgonnego wspomnienia, przychodzi refleksya i sięgając do zasobu wspomnień, pokazuje nam tę postać w całym jej osobistym rozwoju od lat młodzieńczych aż po chwilę skonu.

Wartość człowieka leży w jego głębi, niedostępna dla obserwatora, a często i samemu sobie nieznana. Życie dopiero przynosi ze sobą momenta, w których ta lub inna cecha uwidocznia się i staje się przez to jawną dla każdego. Wszakże męstwo poznaje się dopiero w walce, a wytrwałość w codziennym trudzie życia.

Tragedyą jest życie człowieka, od którego warunki żądają cnót, jakich nie posiada, ale większą tragedyę przechodzi ten, kto ma w sobie bogate zasoby, ale nie ma możności objawienia ich i zużytkowania.

Rozpamiętując życie ś. p. Marsa, śmiało powiedzieć możemy, że nie należał ani do tych, ani do tamtych nieszczęśliwych. Bogate miał w sobie zasoby, ale też znalazł rozległe pole, na którem mogły one dojść do pełnego wyrazu i przynieść plon obfity.

Przymioty te ujawniały się w miarę rozwoju indywidualnego. Już jako młody asystent krakowskiej kliniki okazał się wybitną siłą. Niezapomniany szef mój, ś. p. Madurowicz, stawiał Go nam nieraz za przykład, mówiąc o Nim, jako o asystencie pracowitym, oddanym całem sercem klinice i profesorowi i garnącym się ochoczo do nauki.

Ta służba w klinice, przy boku Madurowicza, wydobyła na jaw pierwszą Jego cnotę, która okazała się niezmienną Jego cechą. Była to wierność w przyjaźni. Wzruszającą była wdzięczność, jaką Antoni Mars miał dla swojego Mistrza, wdzięczność, która po śmierci profesora przeszła w kult Jego pamięci. Wierność w przyjaźni odczuwali i wysoko cenili i inni Jego przyjaciele. Wiedzieli o tem, że Antoni Mars przechowuje przyjaźń jak skarb najcenniejszy i że strzeże go gorliwie, wiedzieli też i o tem, że uczuć Jego nie osłabia odległość, gdyż doświadczyli, że węzły przyjaźni, zadzierzgnięte w młodzieńczych latach, w Krakowie, nie rozluźniają się ani na chwilę po przeniesieniu się ś. p. Marsa do Lwowa.

Ta cecha Jego serca jaśniała tem żywiej w rodzinnem kole. I w chwilach szczęścia i wtenczas, kiedy przychodziły klęski, które Go nierzadko nawiedzały, i kiedy trzeba było drżeć o życie najbliższych lub żegnać ich na wieki, widzieliśmy w Antonim Marsie najczulszego męża, ojca i brata.

Ale tkwił w Nim nadto zapał do pracy i bezustanna dążność do wywalczenia sobie pola działania. Opuściwszy asystenturę, znajduje je na terenie dydaktyki, jako docent krakowskiej wszechnicy. Wykłady Jego cieszą się wielką wziętością. Uczy z zapałem i ten zapał udziela nam, wówczas uczniom. W tem, co ex cathedra głosi, niema ani śladu oschłości lub scholastycyzmu. Wszystko tętni życiem, a przytem w wykładzie tym jest jakiś swoisty powiew swobody, jest niekiedy nawet swojski humor. Takim prelegentem pozostał przez całe życie. Uczył intensywnie, z zapałem; czuło się, jak gorąco pragnie nauczyć i jak Go cieszy to, że uczyć może, że może wielkie swoje doświadczenie i szeroką wiedzę rozdawać między słuchaczów. Jak każdy naprawdę dobry prelegent, lubił też swoje wykłady i nie uważał ich za ciężar.

Pole dydaktyki uprawiał przez lat blizko czterdzieści. Liczył też całe setki wdzięcznych uczniów pomiędzy lekarzami i dziesiątki specyalistów, którzy Mu całą umiejętność w zawodzie zawdzięczali.

A równocześnie działał na innem polu — niemniej trudnem i pełnem odpowiedzialności — na polu praktyki lekarskiej. Praktyka ta rozwija się szybko w Krakowie, potem we Lwowie. I chore, które leczył, i lekarze, którzy się z Nim przy łóżku cierpiących spotykali, zaświadczyć mogą, że ś. p. Mars był lekarzem w całem tego słowa znaczeniu. I tu żadnej oschłości, żadnego sztucznego nadawania sobie powagi, tylko serdeczność, przejęcie się cierpieniem chorej, dbałość o jej losy, sumienność i życzliwość. Miał nietylko wiedzę i doświadczenie, ale i temperament i serce lekarza i z pewnością szczęśliwym Go nazwać można, że przez tak długie lata mógł te swoje zalety zużytkowywać dla dobra chorych. Pole jego lekarskiego działania było rozległe i choć przeżyć musiał wiele zawodów i przykrości, jak każdy lekarz praktyczny, choć w zajęcie to włożyć musiał wiele serdecznego trudu, przecież miał też niewątpliwie bardzo duże zadowolenie, że patrzeć mógł na setki wyleczonych i wdzięcznych kobiet.

Dydaktyczne zajęcia i praktyka lekarska nie są jednak w stanie zaspokoić dążeń tego ruchliwego i żywego umysłu. Wśród największych trudności, przeważnie własnym sumptem, stwarza Antoni Mars nowy zakład w Uniwersytecie Jagiellońskim, pracownię ginekologiczną. W dwóch salach Collegii minoris, mieszczących ten instytut, zapanowuje życie naukowe. Profesor wnosi w nowy zakład zapał, energię i pomysły naukowe i częścią sam, częścią ze współpracownikami, wykonywa tu szereg poważnych prac naukowych. Zapalony nauczyciel i gorliwy lekarz staje się nadto poważnym naukowym badaczem. W latach tych zaznacza się nowa Jego, nieoceniona zaleta. Okazuje się organizatorem i co u nas od tego nieodłączne, agitatorem. W pracowni Jego schodzimy się, starsi i młodzi specyaliści, na pierwsze posiedzenie Towarzystwa ginekologicznego. Przewodniczy Madurowicz, ale Antoni Mars jest niewątpliwie Towarzystwa tego twórcą i duszą.

Skupia w tem gronie i nas, wówczas asystentów klinicznych, i starszych praktyków ginekologów. Posiedzenia stają się częste, zajmujące i pouczające i duch panuje w Towarzystwie doskonały. Świadczą o tem »Roczniki«, które wychodzą w druku, znowu dzięki Jego energii organizatorskiej. Zakres działalności Jego rozszerza się z każdym rokiem. Wkrótce widzimy Go na krześle prezydyalnem Towarzystwa lekarskiego, które zalicza Go do najzasłużeńszych członków. Wszakżeż budowa własnego domu z Jego powstała inicyatywy.

A za lat kilka spotykamy Go na Zjazdach ginekologów zagranicznych, gdzie wkrótce staje się znaną i szanowaną postacią. On to wyprowadza nas młodszych na tę szerszą międzynarodową arenę, zapoznaje nas z zagranicznymi uczonymi i do współzawodnictwa zachęca.

Wreszcie ostatnie lata Jego pobytu w Krakowie. Znowu praca pionierska, organizatorska. Jest pierwszym profesorem samodzielnej Szkoły położnych. Wkłada w urządzenie jej i puszczenie w ruch mnóstwo trudu i naprawdę stwarza ją prawie z niczego w lokalu beznadziejnie złym, ale jedynym, jaki można było uzyskać. Pracę na tem stanowisku uważa za obywatelski obowiązek; dąży więc wytrwale do poprawy smutnych stosunków służby położniczej w kraju, zaprawia się więc na tym posterunku do działalności, jaką później rozwija jako poseł sejmowy.

Powołany na pierwszą położniczo-ginekologiczną katedrę w Uniwersytecie lwowskim, opuszcza Kraków, jako człowiek w zupełności skrystalizowany. Wiemy, że nowy profesor okaże się i tam zapalonym prelegentem i rozumnym nauczycielem, dzielnym i serdecznym lekarzem, wytrawnym pracownikiem naukowym i nieustraszonym organizatorem, i wiemy, że i tam otoczy Go grono serdecznych przyjaciół. Ze zmianą miejsca pobytu rozszerza tylko teren swojej działalności. Organizować musi pierwszą lwowską klinikę kobiecą i ująć w swoje doświadczone dłonie ster nauczania dwóch ważnych przedmiotów. Musi dalej stworzyć ognisko badań naukowych. Wszyscy wiedzą, że zrobi to doskonale i że przed żadnym trudem się nie cofnie, że przeciwnie z dziwną wytrwałością usuwać będzie zapory, które u nas, niestety, każdy człowiek czynu na drodze swojej napotyka. Jako dziekan lwowskiego Wydziału, a w wyższym jeszcze stopniu jako Rektor Uniwersytetu, okazuje się siłą pierwszorzędną i z pewnością lwowska Wszechnica zalicza Go do najzasłużeńszych członków pierwszego lekarskiego fakultetu.

W latach tych bierze ś. p. Antoni Mars na barki swoje zaszczytny ciężar posłowania na Sejm krajowy jako reprezentant ziemian limanowskich. Swoje zachowawcze przekonania polityczne wypowiada śmiało, w Sejmie jednak jest nietylko politykiem i członkiem Koła krakowskiego, ale i wybitnym pracownikiem fachowym. Myśli o poprawie szpitalnictwa i stosunków zdrowotnych kraju, a dokładnością swoich sprawozdań i gorącą wymową zyskuje dla swoich myśli zwolenników nietylko w gronie swoich politycznych przyjaciół, ale i pośród przeciwników.

Podczas wielkiej wojny opuszcza Lwów i spędza czas pewien w Wiedniu, gdzie bierze żywy udział w polskim ruchu politycznym. Z chwilą odzyskania Lwowa przez armię austryacką wraca na swoje stanowisko. Zastaje klinikę zajętą na inne cele i znowu walczy i organizuje. Wreszcie udaje Mu się stworzyć niejako na nowo klinikę; zaczyna w niej uczyć i operować. Przy jednej z septycznych operacyi kaleczy się przy myciu w palec i ulega ostremu zakażeniu. Mimo umiejętnej i serdecznej opieki lekarskiej zakażenie uogólnia się i kładzie koniec Jego pracowitemu życiu.

Ze ś. p. Antonim Marsem schodzi do grobu niezwykła i pełna indywidualizmu postać. Było w nim jakieś misterne i nierozdzielne połączenie cech polskiego ziemianina i uczonego lekarza. Ten obywatel ziemski z Limanowszczyzny wnosił ze sobą wszędzie jakąś swobodę i wesołość, humor szlachecki, niekiedy rubaszny i rozmach, w którym odczuwało się jakby powiew dawnego polskiego dworu szlacheckiego. Tkwiło to tak głęboko w naturze tego człowieka, urodzonego i wychowanego na wsi, że ten humor i ten rozmach przynosił z sobą i do sali wykładowej, i na posiedzenie naukowe, ba nawet do pałacu pruskiej Izby Panów, w której wygłaszał przed laty referat na międzynarodowym zjeździe ginekologów. Ten animusz szlachecki był w zgodzie z Jego zewnętrzną postacią i nie był u Antoniego Marsa czemś sztucznem, tylko należał do najistotniejszej treści Jego psyche. Nie opuścił Go nawet na łożu śmierci, w ostatniej bodaj rozmowie ze stroskanymi kolegami.

Z drugiej strony ten ziemianin i poseł większej własności był na stanowisku posła uczonym lekarzem, dbałym o interesa uniwersytetów, szpitali i krajowej służby zdrowia. I innych jeszcze niezwykłych skojarzeń dopatrzeć się było można w Jego naturze. W działaniu przewidujący, ostrożny, pełen refleksyi, był przytem niezwykle uczuciowym; tym uczuciom nie szkodziły widocznie »myśli zbytnio rozwinięte«. Doświadczenie lekarskie miał ogromne, ale doświadczenie to nie było u Niego »pancerzem dla piersi, w której serce nie uderza«, ani »bawełną w uszach od ludzkiego jęku«. Przeciwnie umiał kojarzyć swoje współczucie i pewną miękkość serca z zimną krwią doświadczonego lekarza i operatora. Była to natura bogata, bardzo swojska i bardzo indywidualna.

Po męsku, świadomie, wziął na siebie ogrom pracy; we wszystko, co czynił, wkładał najlepszą wolę, niespożytą energię i nieopuszczającą Go nigdy troskę o dobro Ojczyzny. Ojczyznę tę widział i w sali wykładowej kliniki i w pracowni naukowej i w Sejmie krajowym i w swoim zacisznym dworze limanowskim. Jedynem otium Jego życia był pobyt w tym ukochanym dworze. Tam wypoczywał po wszystkich trudach zawodu i tam też spoczął na wieki.

S. p. Antoni Mars mawiał nieraz, że nie zna większej rozkoszy, jak wsłuchiwanie się w szum drzew, ocieniających Jego dworek limanowski, a może, zanim zamknął oczy na wieki, w duszy powtarzał za poetą prośbę:

Na grobie mym raczcie posadzić
Dwa świerki lub dwa jesiony.

Niechajże szumią nad Jego grobem na polskim wiejskim cmentarzu i niechajże pogwary ich przyniosą Mu wieść o szczęściu Ojczyzny, którą tak miłował i dla której poniósł tyle serdecznego trudu.

Aleksander Rosner.

Prace ogłoszone drukiem:

1. Znacznych rozmiarów włókniak pozaotrzewny. Przegl. lek 1879. 2. Przebieg endemii gorączki połogowej w grudniu 1879 r. Przegląd lekarski 1880. 3. O przechodzeniu istot upostaciowanych z krążenia matki do krążenia płodu. Z pracowni prof. Dr Browicza. Tamże 1880. 4. O cięciu cesarskiem i jego metodach. Tamże 1881. 5. O zachowaniu się pochwy podczas ciąży i porodu. Tamże 1888. 6. O nowym zabiegu operacyjnym w celu wydobycia płodu za pośladki. Tamże 1889. 7. Brak miesiączki do 48. roku życia. Mimowolne wywołanie tejże. Tamże 1889. 8. Kilka uwag nad badaniem ginekologicznem zapomocą palca. Tamże 1889. 9. Miednica skośnie ścieśniona skutkiem złamania. Tamże 1889. Tożsamo po niemiecku. Arch. f. Gyn. 1889. 10. Przekrój ciała osoby zmarłej podczas porodu. Akademia Umiej. 1890. Toż po niemiecku. Kraków 1890. 11. Przypadek wynicowania i wypadnięcia pęcherza moczowego u kobiety, powikłany porodem. Tamże 1890. 12. Przypadek tętniaka tętnicy macicznej. Tamże 1891. 13. Powikłanie połogu nadmierną bębnicą skutkiem opadnięcia jelit do zatoki Douglasa. Tamże 1891. 14. O gruczolaku złośliwym macicy (adenoma destruens uteri). Tamże 1893. 15. Przypadek endometritis tuberosa polyposa. Tamże 1893. 16. O leczeniu operacyjnem pęknięcia macicy podczas porodu. Tamże 1893. 17. Przypadek porodu u osoby cierpiącej na wadę serca. Tamże 1893. 18. Przypadek sztucznego odklejenia łożyska wraz z warstwą mięśni macicy. Przegląd chirurgiczny 1894. 19. Maurycy Jelita Madurowicz. Przegląd lekarski 1893. Rocznik Towarzystwa ginekolog. 1894. 20. Mars A. i Nowak J. O budowie i rozwoju łożyska ludzkiego. VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Lwów 1895. Akademia Umiej. w Krakowie 1895, 1896. 21. Apparatus plasticus operationes gynaekologicas illustrans. Quadrilingui: polona, gallica, germana, anglica. 1893. Tożsamo po włosku 1894. 22. Apparatus etc. additamentum primum. 1895. 23. Przypadek świądu sromu niewieściego, wyleczony nowym sposobem operacyjnym. Przegląd lekarski 1896. 24. Przyczynek do etyologii świądu sromu u niewiast. Tamże 1896. 25. Angioma myxomatodes disseminatum placentae. Rocznik Tow. ginekologicznego krakowskiego 1896. Toż po niem. Monats. f. Geb. 26. Przypadek wycięcia przydatków macicy. Tamże 1897. 27. Przyczynek do etyologii chorobliwego świądu sromu. Tamże 1897. 28. Przypadek kraurosis vulvae (dyskusya z przedst. chorej). Tamże 1897. 29. Przypadek świądu sromu niewieściego, wyleczony nowym sposobem operacyjnym. Tamże 1897. 30. Kilka słów w sprawie rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy metodą A. Rosnera. Przegląd lekarski 1897. Toż po niem. Centralbl. f. Gyn. 31. Przypadek dobrowolnego pęknięcia macicy podczas porodu, wyleczony przez wycięcie całkowite macicy po otworzeniu jamy brzucha. Tamże

1897. 32. Przyczynek do postępowania bezgnilnego podczas zabiegów położniczych i ginekologicznych. Tamże 1898. Toż po niem. Centrbl. f. Gyn. 33. O zbytniej ruchomości macicy. Tamże 1898. 34. Kilka słów w sprawie rozszerzenia ujścia zewnętrznego metodą A. Rosnera. Rocznik Tow. ginek. krak. 1898. 35. Kraurosis vulvae. Tamże. Po niem. Mon. f. Geb. 1898. 36. O zapobieganiu gorączce połogowej w zakładach przeznaczonych do nauczania. Przegl. lek. 1898. Toż po niem. W. kl. W. 1898. 37. Poród u cyganki. Rocznik Tow. gin. krak. 1899. 38. Uklej włóknisty u ciężarnej. Tamże 1898. 39. Kilka uwag o nowej instrukcyi dla położnych. Tamże 1898. 40. Przypadek coeliotomia vaginalis anterior. Tamże 1898. 41. Przyczynek do postępowania bezgnilnego podczas zabiegów położniczych i ginekologicznych. Przegląd lekarski 1898. 42. O próbnem otwarciu jamy brzusznej. Tamże 1899. 43. Przypadek mięśniako-włókniaków trzonu macicy. Tamże 1899. 44. O stosunku zakładów położniczych i położnika do gospodarstwa krajowego, z uwzględnieniem naszego kraju. Tamże 1899. 45. O krwisteku (haematocele). Tamże 1900. 46. Włókniakomięśniak prawego okrągłego wiązu macicy w przewodzie pachwinowym. Tamże 1890. Toż po niem. 47. O leczeniu krwisteku omacicznego (haematocele periuterina). Tamże 1900. 48. Przypadek epispadiasis urethrae u kobiety i jeden przypadek kraurosis vulvae. Tamże. 1900. 49. O wypuszczeniu z jamy otrzewnej płynnej wypociny w przypadku ograniczonego ostrego zapalenia. Dziennik IX Zjazdu 1900. 50. O zapobieganiu gorączce połogowej. Dziennik IX Zjazdu 1900. 51. Przypadek ciąży po wyleczeniu pęknięcia macicy. Przegląd lekarski 1900. 52. Wycięcie torbieli jajnikowej i usunięcie przepukliny pępkowej. Tamże 1901. 53. Operacya wycięcia nerki u kobiety ciężarnej. Tamże 1901. 54. Przypadek kraurosis vulvae. Tamże 1901. 55. Usunięcie torbieli jajnikowej i przepukliny pępkowej. Tamże 1901. 56. O wycinaniu macicy przez pochwę. Tow. lek. lwowskie 1902. 57. Kilka uwag nad wycinaniem macicy przez pochwę z uwzględnieniem metody Döderleina. Tamże 1902. Toż po niem. 58. Doszczętne wyłuszczenie macicy rakowatej wraz z gruczołami według metody Wertheima. Przegl. lek. 1902. 59. Przypadek krwiaka sromu powstałego po urazie. Tamże 1902. 60. Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce lekarskiej. Tamże 1903. 61. Przedstawienie chorej z przetoką maciczno-pochwową. Tamże 1903. 62. Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy. Tamże 1903. 63. Przypadek rzekomego obojnactwa, leczony operacyjnie. 1903. 64. Przedstawienie chorej z guzem powłok brzusznych. Tamże 1904. 65. Przedstawienie ciekawego przypadku po operacyi i preparatu anatomicznego. Tamże 1904. 66. O zastosowaniu przyrządu oziębiającego w przypadku krwawienia z kikuta po odjęciu macicy. Tamże 1904. 67. O stosowaniu krążków w przypadkach opadnięcia macicy (prolapsus uteri). Tamże 1904. 68. Klinika położniczo-ginekologiczna lwowska, jej powstanie, rozwój, wyniki. Ginekologia 1904. 69. Przypadek rozszczepu miednicy w spojeniu kości łonowych. Tyg. lek. 1906. 70. Przedstawienie dwu położnic po dokonanej hebotomii. Tamże 1906. 70. I. O postępowaniu leczniczem w przypadkach spraw zapalnych przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy. Referat na X. Z. l. i p. p. II. Nowy sposób opukiwania przez pochwę. III. Przedstawienie chorej z rozstępem miednicy. Sprawozdanie z obrad Sekcyi ginekologiczno-położniczej X Zjazdu lek. i przyr. polsk. we Lwowie 1907. 71. O leczeniu spraw zapalnych przydatków macicy. Tyg. lek. 72. Przyczynek do badania ginekologicznego przez pochwę. Tamże 1907. 73. Pokaz preparatu macicy ze zgorzelinowo rozpadającym się włókniakiem. Tamże 1908. 74. a) Przypadek ropienia w prawem więzadle szerokiem. b) Preparat ciąży jajowodowej. c) Preparat ciąży śródmiąższowej. Tamże 1908. 75. Pokaz a) zgorzelinowo rozpadającego się włókniaka, b) przypadku odprowadzenia drogą krwawą wynicowanej macicy. Tamże 1908. 76. Pokaz chorej po operacyi Wertheima. Tow. lek. lwow. 1909. 77. Pokaz włókniaków macicy. Tamże. 1909. 78. Pokazy: a) guza części rodnych, b) krążka uszypułowanego. Tamże 1909. 79. Pokaz chorej z miednicą płaską. Tamże 1909. 80. Przypadek marskości sromu (kraurosis vulvae). Tamże 1910. 81. Pokazy: Ciąża jajowodowo-brzuszna. Tamże 1910. 82. Ciąża bliźniacza pozamaciczna. Tamże 1910. 83. Cięcie cesarskie, rozejście szwu. Tamże 1910. 84. Cięcie cesarskie klasyczne w oświetleniu nowszych sposobów operacyjnych. Tamże 1911. 85. Kobieta z bezwzględnem zwężeniem miednicy. Tamże 1911. 86. Przedstawienie chorej z powodu wypadnięcia macicy. Tamże 1912. 87. Sprawa chirurgicznego postępowania wobec otrzewnej na tegorocznym międzynarodowym Zjeździe ginekologów w Berlinie. Tamże 1912. 88. O postępowaniu chirurgicznem wobec otrzewnej. Tamże 1912. 89. Kilka uwag o częstotliwości i wnioski z wyników leczenia operacyjnego ciąży pozamacicznej. Tamze 1912. 90. Przypadek porodu po operacyi wynicowania macicy, powstałego po porodzie. Tamże 1912. 91. A. Mars, Meisels I., Czyżewicz A., Groebel E., Jakowicki W., Kośmiński Fr. Uwagi nad obecnym stanem radyoterapii w chorobach kobiecych. Tamże 1913. 92. Mięsak macicy tyłozgiętej. Tamże 1913. 93. O tamowaniu krwotoku, pochodzącego ze znaczniejszych naddarć szyi macicy podczas porodu. Tamże 1913. 94. Jak ustrzedz się chorób wenerycznych. Wykład dla kobiet. Lwów 1917. 95. Uwagi dotyczące urządzenia nauki położnictwa i ginekologii w uniwersyteckich wydziałach lekarskich. Przegląd lekarski 1918. 96. Kilka uwag o nadmiernej ruchomości macicy. Księga pamiątkowa Uniwersytetu lwowsk. 1912. Tom I. 97. Über die peritonaeale Wundbehandlung. Verhandl. des VI internat. Kongresses f. Geb. u. Gyn. Berlin 1913. 98. Peritonitis migrans, niezwykła postać klinicznego przebiegu ostrego zapalenia otrzewnej. Przegląd chirurg. i ginek. 1914.

Z oddziału urologiczno-chirurgicznego c. i k. szpitala garnizonowego Nr. 15 w Krakowie.

Prawdziwe uchyłki pęcherza moczowego i ich chirurgiczne leczenie.

Podał

Dr Tadeusz Pisarski

c. k. lekarz pułkowy, kierownik oddziału.

(Ciąg dalszy).

W r. 1909. posłużył się Perthes metodą, podaną przez Völckera dla radiograficznego badania miedniczek nerkowych i nazwaną przez niego »pyelografią«, a polegającą na wypełnieniu dróg moczowych 5% kollargolem. Obraz radiograficzny otrzymał Perthes bardzo wyraźny i należy przypuszczać, że metoda ta w przypadkach, w których cystoskopia nie będzie możliwa z jakichbądź powodów, odda cenne usługi. Później posługiwali się tą metodą Brongersma, Frisch, Hoffmann i Fischer, a ci ostatni oprócz wypełnienia pęcherza kollargolem wprowadzali do uchyłka przy pomocy cystoskopu do cewnikowania moczowodów cienki metalowy zgłębnik, który się tam zwijał i na radiogramie dozwalał ocenić wielkość i położenie uchyłka.

W przypadku, opisanym przez Fischera, wprowadzono do prawego moczowodu cewnik, a drugi cewnik wprowadzono do uchyłka, leżącego obok tegoż moczowodu; na płycie radiograficznej widać było bardzo wyraźnie oba cewniki, jeden leżący prosto w moczowodzie, a drugi zwinięty w uchyłku. Zdołano przez to oznaczyć stosunek topograficzny uchyłka do moczowodu.

Jak już powyżej wspomniano, mogą uchyłki pęcherza długi czas istnieć i nie sprawiać żadnych dolegliwości; dopiero przyłączające się powikłania zmuszają chorego do zasięgania porady i wtedy dopiero, często całkiem przypadkowo i niespodziewanie, bywa właściwa choroba rozpoznawana. Na podstawie znanego dotychczas materyału sekcyjnego można powiedzieć, że uchyłki niepowikłane pozwalają dobrze rokować co do życia. Chorzy tacy dożywają późnej starości i żadnych cierpień pęcherzowych nie doznają, a o uchyłku dowiadujemy się dopiero na stole sekcyjnym. Inaczej się rzecz przedstawia, jeżeli uchyłek ulegnie jakiemukolwiek powikłaniu. Najpoważniejszem z nich jest niewątpliwie zakażenie. Stosunek uchyłka do pęcherza, trudność opróżniania się uchyłka, spowodowana jego położeniem, wązkością otworu komunikacyjnego i niedowładem jego ściany, są przyczyną zalegania moczu i stwarzają szczególnie korzystne warunki dla rozwoju drobnoustrojów. Ze stanowiska klinicznego musimy uważać zakażony uchyłek pęcherza za zamknięty ropień, do którego dostanie się w celu opróżnienia, czy to drogą naturalną, czy to drogą chirurgiczną, bywa bardzo trudne. Jak wyjątkowo dobre warunki istnieją w uchyłkach dla utrzymywania się zapalenia, dowodzi to, że opisywano przypadki, w których znaj-

dowano błonę śluzową pęcherza niezmienioną, a zapalenie ograniczało się wyłącznie do uchyłka; granice stanowił otwór komunikacyjny. Natężenie zapalenia może być różne, od lekkich zmian nieżytowych do daleko posuniętego zapalenia, przechodzącego z błony śluzowej na głębsze warstwy ściany uchyłka, tak że cała ściana jest zgrubiała i silnie zapalnie naciekła; w szczególnie ciężkich i zaniedbanych przypadkach może sprawa zapalna przejść na otoczenie pęcherza, na tkankę okołopęcherzową i na narządy miednicy małej, sąsiadujące z uchyłkiem; uchyłki takie mogą sposobem zwykłych ropni przebijać nawet do jamy otrzewnej i wywoływać miejscowe lub ogólne zapalenie otrzewnej.

Zakażenie z uchyłka może się rozszerzać na górne drogi moczowe, t. j. na moczowody, miedniczki nerkowe i nerki; zjawisko to spostrzega się zwykle po tej stronie, po której znajduje się uchyłek, a sprzyja mu często utrudniony odpływ moczu z miedniczki, spowodowany stosunkiem moczowodu do uchyłka. Wskutek zapalnego nacieku w otoczeniu uchyłka, bywa dolny koniec moczowodu niejako obmurowany przez tkankę zapalną, mającą tendencyę do bliznowatego kurczenia się, a ściana moczowodu przez to, jakoteż i przez to, iż i sama ulega naciekowi zapalnemu i następowemu zbliznowaceniu, traci na kurczliwości, przez co znowu cierpi odpływ moczu z nerki.

Z innych spraw, wikłających uchyłki pęcherza, opisano zwężenia cewki moczowej i przerost gruczołu krokowego. Uchyłek istniał w tych przypadkach jako sprawa wrodzona i dopóki nie było przeszkody w odpływie moczu w dolnych drogach moczowych, chorzy ci nie odczuwali żadnych dolegliwości; dopiero w późniejszym wieku przyłączające się przeszkody w odpływie moczu zmusiły chorych do szukania porady lekarskiej.

Ostatnimi czasy Perthes, a dawniej Targett i Englisch opisali uchyłki prawdziwe, w których znajdowali nowotwory, i to zazwyczaj, jak i w przypadku Perthesa, uszypułowane brodawczaki. Brodawczaki te bywały tak duże, że wypełniały cały uchyłek. Z objawów wysuwają się wówczas na pierwszy plan obfite krwawienia. Hoffmann podaje przypadek, gdzie w uchyłku znaleziono podczas operacyi raka, Targett zaś znajdował oprócz brodawczaków nie złośliwych dwa razy raka, a raz mięsaka. W przypadku Hofmokla znajdowały się na dnie uchyłka liczne długie brodawkowate wyrośle.

Duże znaczenie dla uchyłków mają kamienie, stosunkowo często w nich spostrzegane. Englisch przyjmuje, że mogą one w dwojaki sposób powstawać; albo kamień uchyłka jest pierwotny, powstający na miejscu, a wtedy składa się z soli fosforanowych, albo dostaje się on do uchyłka następowo, a pochodzi z nerki i składa się wówczas z soli kwasu moczowego lub szczawianów. W jednym uchyłku znajduje się zwyczajnie jeden kamień, może ich jednak być i więcej, jak w przypadku van Dama, a co zresztą i dawniej spostrzegano. Jeżeli kamień jest nieruchomy, wypełnia cały uchyłek i niema zakażenia, to stanowi on względnie łagodne powikłanie; przy ruchomości może sprawiać duże cierpienia, charakterystyczne dla kamienia, a przy równoczesnem zakażeniu pogarsza znacznie rokowanie.

Niepowikłane przypadki uchyłka pęcherza nie potrzebują leczenia; przypadki takie rzadko się spotyka, gdyż chorzy, nie mając dolegliwości, nie szukają porady lekarskiej. Jeżeli zaś, badając chorego w innym kierunku, odkryje się obecność uchyłka w pęcherzu, to niema wskazania do żadnego zabiegu, a rokowanie u tych chorych, o ile dotyczy samego uchyłka, jest dobre.

Najczęstszą sprawą, która chorych z uchyłkiem sprowadza do lekarza, jest zupełne zatrzymanie moczu lub dolegliwości, spowodowane zakażeniem, które ogranicza się bądź do uchyłka i pęcherza, bądź też rozciąga się także na górne drogi moczowe, t. j. miedniczki i nerki. W przypadkach takich zadaniem naszem jest stworzyć jaknajrychlej warunki, wśród których powróciłby wolny odpływ moczu, gdyż, jak doświadczenie Englischa poucza, śmiertelność w tych warunkach wynosi 83·1%.

Najzwyklejszym zabiegiem, mającym na celu opróżnienie pęcherza z zalegającego moczu i oczyszczenie go z ropy, jest oprócz środków odkażających mocz, podanych wewnętrznie, cewnikowanie z dokładnem przepłukiwaniem pęcherza jakimś lekkim roztworem odkażającym n. p. kwasem borowym. Zabieg ten jednak, choćby bardzo gorliwie i dokładnie wykonywany, rzadko wiedzie do dobrego wyniku, gdyż prawie nigdy nie udaje się w ten sposob wyprowadzić wszystkiego moczu, zalegającego i rozkładającego się w uchyłku. Gdyby można zawsze dostać się cewnikiem do uchyłka, dotrzeć aż do jego dna, to mogłoby się to udać, ale wprowadzenie cewnika do uchyłka jest przy największej zręczności i użyciu różnych cewników niezawsze możliwe, a nawet z pewnością w większości przypadków niewykonalne. Cewnikowanie może mieć tylko racyę w przypadkach bardzo zaniedbanych, gdzie wskutek daleko posuniętej sprawy ropnej w uchyłku ucierpiał tak dalece ogólny stan chorego, że zabieg chirurgiczny może być dla chorego niebezpieczny, a i dla chirurga praca wśród bardzo septycznych warunków się nie uśmiecha. W innych warunkach cewnikowanie nie powinno być stosowane, gdyż nie wiedzie do celu.

Już większe znaczenie dla leczenia uchyłków pęcherza ma stałe sączkowanie (zdrenowanie) zakażonego uchyłka, jako zabieg zachowawczy względnie przygotowawczy. Właściwie należy go używać tylko jako przygotowawczego; jak tylko miejscowe stosunki się poprawią, t. j. uchyłek zmniejszy się nieco, a wydzielanie ropy stanie się również mniejsze, należy przystąpić do zabiegu doszczętnego. Nigdy nie należy się spodziewać, jak to Englisch myślał, ażeby przez założenie przetoki można zawsze sprowadzić zupełne zniknięcie uchyłka. Słusznie Cholzoff podnosi, że to jest możliwe przy uchyłkach wrzekomych nabytych; ale uchyłki prawdziwe, które po największej części są sprawą wrodzoną, mogą po założeniu przetoki co najwięcej zmniejszyć się, ale nigdy nie znikną.

Co do miejsca, w którem należy przetokę założyć, to zależy to od siedziby uchyłka; przy uchyłkach na przedniej lub bocznej ścianie pęcherza można założyć przetokę nadłonową, przy uchyłkach, wychodzących z tylnej ściany i leżących głęboko w miednicy małej, można założyć sączek przez cięcie na kroczu (boutonnière). Sączkowanie uchyłka u kobiet przez pochwę wydaje się nam drogą najmniej odpowiednią, jakkolwiek niektórzy autorowie zalecają ten sposób i przenoszą go nawet nad przetokę nadłonową (van Dam).

Lennander, Serralach i Ljunggren obrali za cel zabiegu chirurgicznego zniesienie przegrody pomiędzy pęcherzem, a uchyłkiem i stworzenie przez to jednej wielkiej jamy; Lennander chwytał przegrodę kleszczykami, przecinał i podwiązywał; Serralach wprost kilkakrotnie przeciął przegrodę, a Ljunggren stworzył anastomozę pomiędzy pęcherzem a uchyłkiem. Pierwszy z tych operowanych zginął, drugie dwa przypadki co do czynności nie wiele się poprawiły. Pagenstecher podnosi duże niebezpieczeństwo przy tej metodzie operowania, które wynika z nieznajomości stosunku otrzewnej, moczowodu i naczyń krwionośnych do przegrody; wszystkie te narządy mogą być przy tem operowaniu skaleczone; wyraża on zdanie, że ten sposób operowania nadaje się co najwyżej u dzieci i wyniszczonych starców, u których zabieg doszczętny jest stanowczo wykluczony. Hochenegg, nie mogąc w pewnym przypadku wyciąć uchyłka (przypadek opisany przez Hoffmana), naciął również przegrodę, lecz po kilku tygodniach wykonana cystoskopia stwierdziła, że przegroda znowu się zrosła, a wielkość otworu była taka, jak przed operacyą.

Pousson poleca dla uchyłków, mocno z otoczeniem zrostami połączonych, których wycięcie doszczętne jest technicznie bardzo trudne lub niemożliwe, nacięcie wzdłuż brzegu otworu komunikacyjnego i odświeżenie brzegów, a następnie zeszycie osobno uchyłka i osobno pęcherza. Van Dam bardzo się za tą metodą oświadcza, radzi tylko zeszywać pęcherz i uchyłek nie równolegle, lecz w dwóch kierunkach, krzyżujących się ze sobą, a następnie wszywać uchyłek w powłoki, ażeby go uczynić dostępnym dla następowego leczenia na wzór torbieli trzustkowych i t. p. Metoda ta wydaje się bardzo niedostateczną, a leczenie następowe bardzo długie i dla chorego uciążliwe.

Więcej szans powodzenia ma sposób, zastosowany w jednym przypadku przez Eiselsberga. Wypreparował on uchyłek zewnątrzpęcherzowo i nie otwierając wgłobił do pęcherza, a odświeżywszy nieco, w pasie komunikacyjnym zeszył szwami węzełkowymi. Chory ten umarł po trzech miesiącach w następstwie zapalenia nerek i miedniczek nerkowych; sekcya zwłok wykazała, że to proste zaszycie uchyłka doprowadziło do jego zniknięcia, uzyskano zatem co do samego uchyłka zupełne wyleczenie.

Najważniejszą jednak metodę operowania uchyłków pęcherza stanowi doszczętne usunięcie uchyłka. Z powyżej przytoczonych sposobów operowania można czasem w wyjątkowych przypadkach zrobić użytek, jednak za normalny i właściwy sposób operowania uchyłka należy uważać jego całkowite wycięcie. Poraz pierwszy wykonał doszczętne wycięcie uchyłka pęcherza Czerny w r. 1897. Przypadków takich opisano dotychczas dziewietnaście, wliczając w to już także mój przypadek, który poniżej opiszę.

Uderzającą jest ta okoliczność, że na te dziewietnaście przypadków, operowanych doszczętnie, tylko jeden zakończył się śmiercią (przypadek Riedla), co odpowiada 5·5% śmiertelności. Śmiertelność taka, jeżeli się uwzględni ciężkość tych przypadków, zazwyczaj powikłanych, i ciężkość samego zabiegu, wydaje

się bardzo nizką. Niewątpliwie odnieść to należy do doskonałej techniki operatorów, ale mimowoli nasuwa się sceptyczna myśl, że przypadki nieszczęśliwe niechętnie bywają ogłaszane, a przypuścić trzeba, że dzisiaj, w epoce cystoskopii, przypadki doszczętnego operowania uchyłków nie muszą należeć do nadzwyczajnych rzadkości.

Skoro rozpoznanie uchyłka jest pewne i skoro wystąpią groźne powikłania, jak zakażenie lub zatrzymanie moczu, nie należy długo zwlekać z zabiegiem doszczętnym, o ile tylko ogólny stan chorego na to pozwala. Jeżeli siły chorego są dobre, to choćby i sprawa zapalna była dużego nasilenia, lepiej zaraz operować doszczętnie, aniżeli uciekać się do wątpliwej wartości zabiegów przygotowawczych, gdyż doświadczenie pouczyło, że nietylko nie uzyskuje się polepszenia, lecz często następuje i pogorszenie sprawy zapalnej, a często także i miejscowe warunki dla zabiegu doszczętnego pogarszają się. Sprawa zapalna nie powinna właściwie nigdy stanowić przeciwwskazania, bo dopóki się nie usunie uchyłka, nie można liczyć na jej wyleczenie, natomiast operowane przypadki dowodzą, że zapalenie błony śluzowej pęcherza po operacyi szybko się poprawia.

Bardzo ważną sprawą jest wybór drogi, którą należy w danym przypadku obrać, ażeby stworzyć wygodny dostęp do uchyłka. Sprawę tę niełatwo rozstrzygnąć pomimo doświadczenia, zdobytego na tych dziewietnastu doszczętnie operowanych przypadkach, i pomimo najdokładniejszego określenia położenia uchyłka przed zabiegiem. Za idealną drogę należałoby uważać cięcie nadłonowe, a dalej operowanie zewnątrzotrzewne i zewnątrzpęcherzowe. Sposób ten możliwy jest zawsze przy uchyłkach na przedniej ścianie pęcherza, również dobrą jest ta droga dla uchyłków bocznych z ujściem moczowodu do uchyłka, jak tego dowodzi i mój przypadek. Ponieważ atoli w przypadku tym otwór komunikacyjny leżał bardzo nizko i z tyłu pęcherza, a ujście moczowodu znajdowało się na przejściu pęcherza w uchyłek, dowodziłby on także, że i dla uchyłków na tylnej ścianie pęcherza nadaje się cięcie nadłonowe. Jeżeli się preparuje we właściwej warstwie i dobrze odsunie ku górze otrzewnę, to uzyskuje się doskonały dostęp do otworu komunikacyjnego, choćby bardzo nizko i z tyłu leżącego, a dalsze losy operacyi zależne będą od dokładnego szwu pęcherza i dobrego osączkowania jamy pozapęcherzowej.

Drogi, jakiemi wycinano doszczętnie uchyłki pęcherza, przedstawiają się w następujący sposób:

I. Przez pochwę.
II. Przez resekcyę kości krzyżowej.
III. Przez cięcie nadłonowe.

Z cięcia nadłonowego operowano zaś:

a) wewnątrzotrzewnie (transperitoneal)
b) zewnątrzotrzewnie (extraperitoneal).

Przy operowaniu zewnątrzotrzewnem rozróżnić należy jeszcze trzy poddziały: 1) śródpęcherzowo (transvesical) 2) zewnątrz i wewnątrzpęcherzowo (extra i intravesical) i 3) zewnątrzpęcherzowo (extravesical).

Zanim przejdę do omówienia swojego przypadku i szczegółów operacyi, przytoczę w kilku słowach dotychczas operowane przypadki w ugrupowaniu, jakie nadałem im w powyższym schemacie.

I. Należy tutaj przypadek Péana, charakterystyczny tem, że dotyczy jedynej kobiety; zresztą wszystkie uchyłki operowano u mężczyzn. Péan operował z cięcia przez pochwę, poczem zaszył ranę na głucho i uzyskał zupełne wyleczenie.

II. Pagenstecher zajmuje również odosobnione stanowisko; w przypadku jego leżał duży uchyłek w okolicy ujścia lewego moczowodu, moczowód uchodził do uchyłka. Pagenstecher wykonał naprzód cięcie nadłonowe i osączkował uchyłek, a po uzyskaniu poprawy nieżytu błony śluzowej przystąpił do drugiego aktu operacyi. Ten drugi akt polegał na czasowej resekcyi kości krzyżowej, odsunięciu odbytnicy na prawo, wypreparowaniu uchyłka od tyłu, odcięciu uchyłka i moczowodu, a następnie wszczepieniu moczowodu w otwór pęcherza, powstały po wycięciu uchyłka; sączek, który służył do osączkowania pęcherza, a założony był jeszcze przy pierwszym zabiegu, pozostawiono, a tylną ranę wysączkowano. Gojenie było uporczywe, a po pół roku utrzymywała się jeszcze przetoka krzyżowa.

III. a. Należą tutaj przypadki Riedla, oraz przypadki Eiselsberga, ogłoszone przez Wagnera. Riedel operował dwuczasowo, naprzód wykonał kroczowe wycięcie sterczu (prostatectomia perinealis, excochleatio prostatae) i założył boutonnière, po kilku tygodniach wykonał z cięcia nadłonowego wycięcie uchyłka śródotrzewnie; zabieg trwał prawie trzy godziny, a chory zmarł na drugi dzień. — Eiselsberg operował jednoczasowo uchyłek na przedniej ścianie pęcherza; cięcie nadłonowe, przecięcie otrzewnej, tępe wypreparowanie uchyłka i wycięcie na zewnątrz pęcherza; pęcherz zeszył na głucho, ranę w powłokach wysetonował, a przez cewkę założył cewnik na stałe. Mała przetoka nadłonowa zagoiła się po 10½ tygodniach, a chory wolny od dolegliwości opuścił klinikę.

III. b. 1. Van Dam opisuje przypadek dużego uchyłka na tylnej ścianie pęcherza, który wyciął z cięcia nadłonowego śródpęcherzowo. Uchyłek dał się łatwo wgłobić kleszczykami Museuxa do wnętrza pęcherza i po nacięciu na tępo wypreparować i odciąć. Van Dam zaszył następnie otwór na tylnej ścianie pęcherza, przednią ścianę pęcherza również zaszył, a wreszcie zaszył powłoki na głucho; pozostawił jedynie tylko cewnik na stałe. Pomimo zakażenia błony śluzowej uchyłka i pomimo że nie osączkowano jamy, pozostałej na uchyłku, gojenie nastąpiło doraźnie, a operowany był po 20 dniach zupełnie zdrów. Metoda ta, jakkolwiek dała tak dobry wynik, nie jest pozbawiona poważnego niebezpieczeństwa; naprzód przy wyciąganiu kleszczykami uchyłka do wnętrza pęcherza można łatwo skaleczyć narządy, z uchyłkiem zrośnięte, jak naczynia krwionośne, kiszkę, moczowód; powtóre tylko jeżeli błona śluzowa pęcherza i uchyłka jest nie zakażona, możnaby się zgodzić na zaszycie powłok na głucho; zresztą sączkowanie rany jest wskazane.

Yong operował także w ten sam sposób mały uchyłek na bocznej lewej ścianie pęcherza, tylko sączkował jamę pooperacyjną przez krocze i uzyskał również wyleczenie.

III. b. 2. Do grupy tej należą przypadki, operowane przez Czernego, Yonga, Zaaijera, Pertesa, Ebertsa, Laura. W przypadku Czernego chodziło o uchyłek w okolicy ujścia lewego moczowodu; moczowód uchodził do uchyłka. Czerny operował dwuczasowo, naprzód osączkował pęcherz przez przetokę nadłonową, a po czterech tygodniach wyciął uchyłek, operując tą samą drogą wewnątrz i zewnątrzpęcherzowo, a moczowód wszczepił do pęcherza w miejscu wycięcia uchyłka; uzyskał wyleczenie. Yong operował jednoczasowo uchyłek na przedniej ścianie pęcherza tą samą skombinowaną metodą zewnątrz i wewnątrzpęcherzową, a ponieważ nie było zakażenia błony śluzowej, zaszył na głucho i uzyskał szybkie wyleczenie.

III. b. 3. Do tej grupy należą przypadki, operowane z cięcia nadłonowego, zaotrzewnie i zewnątrzpęcherzowo. W ten sposób operowali Yong, Brongersma, Kreus, Lerche i Wulff, sączkując pęcherz i setonując ranę. Czterej pierwsi operowali jednoczasowo. Lerche w swoim przypadku zrobił cięcie nadłonowe, operował jednoczasowo, zaotrzewnie i zewnątrzpęcherzowo i wszczepił w ścianę pęcherza lewy moczowód, uchodzący do uchyłka. Przypadek Wulffa tem się różni od poprzednich, że cięcie skórne przebiegało równolegle do przebiegu prawego więzadła Pouparta, a operacya odbyła się dwuczasowo, w trzy tygodnie po założeniu przetoki pęcherzowej.

Do tej grupy zalicza się także i mój przypadek, który operowałem na oddziale IV w szpitalu garnizonowym w Krakowie.

Piotr Iwan Ł., szeregowiec, jeniec rosyjski, wzięty do niewoli 8. XII. 1914 r., pochodzący z Żołtikowa, gubernia Władymirska, przyjęty na oddział 8. X. 1917.

Wywiady: Chory liczy obecnie lat 30. O przebytych chorobach wieku dziecięcego nie umie nic podać. W r. 1905 przebył dur brzuszny. Do roku 1909 nie odczuwał żadnych dolegliwości ze strony narządu moczowego; w tymże roku rozpoczęły się dolegliwości, które na tem polegały, że chory zmuszony był podczas dnia częściej mocz oddawać, aniżeli dawniej. W r. 1915. zachorował na ropny wypływ z cewki moczowej, który trwał krótko, około tygodnia, a gdy ustąpił, pojawiły się dolegliwości ze strony pęcherza, które do dnia dzisiejszego się utrzymują; wówczas podczas owego ropnego wypływu z cewki moczowej miało dojść do zatrzymania moczu i w celu wypuszczenia moczu założono jednorazowo cewnik gumowy. Obecnie dolegliwości polegają na częstszem parciu na mocz, dwa do trzech razy na godzinę, tak w dzień, jak i w nocy. Podczas oddawania moczu doznaje chory silnego pieczenia w cewce moczowej, mocz odchodzi zawsze w małych ilościach, ale łatwo.

Stan obecny: Osobnik dobrze rozwinięty i dobrze odżywiony; skóra i błony śluzowe nieco bledsze. Oglądaniem nie stwierdza się na narządzie moczowym nic nieprawidłowego.

Badanie zgłębnikiem metalowym wykazuje mały beleczkowaty pęcherz; jeżeli się dziób zgłębnika skręci na prawo (90°) i popchnie ku górze, daje się zgłębnik z łatwością wprowadzić do jakiejś wolnej przestrzeni, poczem wydobywa się około 300 cm^3 mętnego cuchnącego moczu. Po wstrzyknięciu do pęcherza 400 cm^3

płynu wyczuwa się ponad spojeniem łonowem i na prawo od linii środkowej miękki guz, wielkości średniej pięści, który znika po wypuszczeniu wstrzykniętego do pęcherza płynu. Badanie przez odbytnicę, tak przy wypełnionym, jakoteż przy opróżnionym pęcherzu, nie wykazuje nic nieprawidłowego; także i badaniem dwuręcznem, równocześnie przez odbytnicę i powłoki brzuszne, nic szczególnego nie stwierdza się. Przy ucisku od zewnątrz na pęcherz odczuwa chory ból i doznaje uczucia parcia na mocz. Zresztą jest całe podbrzusze tkliwe na ucisk, szczególniej po prawej stronie. Gruczoł krokowy prawidłowych rozmiarów.

Poza dolegliwościami w oddawaniu moczu czuje się chory podmiotowo dobrze, ma dobry apetyt i sen; jednakowoż co pewien nieokreślony czas dostaje nagle dreszczu, podwyższenia ciepłoty ciała powyżej 39° C i uczucia ogólnego rozłamania. Po dokładnem przepłukaniu pęcherza i zażywaniu urotropiny z salolem objawy te po paru dniach znikają.

Badanie moczu: Mocz jest miernie mętny, kwaśny, z małą ilością białka, o wyraźnej woni siarkowodoru. Badanie bakteryologiczne wykazuje bogatą florę ziarenkowców i laseczników. W osadzie znajduje się minimalna ilość ropy.

Dnia 8. XI. 1917. wykonano pierwszą cystoskopię przy wypełnieniu pęcherza 200 cm³ płynu. Cystoskopia ta wykazuje: Błona śluzowa pęcherza równomiernie szaro-czerwono zabarwiona i pomarszczona. Obrysy wszystkich naczyń zatarte. Zmiany te dotyczą równomiernie całej błony śluzowej, a także szyi pęcherza i okolicy ujść obu moczowodów; moczowodów tych jednak nie widać z powodu obrzęku i pofałdowania błony śluzowej. Na prawej bocznej ścianie, mniejwięcej w połowie i nieco ku dołowi, widać czarny otwór, wielkości korony, którego brzeg jest promienisto pofałdowany; brzeg ten od czasu do czasu widocznie zwęża się i rozszerza. Przez otwór ten można wsunąć cystoskop do przestrzeni, wielkości średniej pomarańczy, o gładkich ścianach; ściany te są jednostajnie żywo-czerwono zabarwione. Obrysów naczyń nigdzie nie widać.

D. 18. XI. 1917. wykonano powtórną cystoskopię przy wypełnieniu pęcherza 500 cm³ płynu. (Przez 10 dni pobierał chory urotropinę z salolem i miał codziennie dwa razy przepłukiwany pęcherz). Błona śluzowa mniej zaczerwieniona, aniżeli podczas pierwszej cystoskopii, a drobne tętniczki zarysowują się tu i owdzie całkiem wyraźnie; to zmniejszenie się obrzęku błony śluzowej pęcherza jest następstwem codziennych przepłukiwań. W następstwie tego dużego wypełnienia płynem przedstawia się błona śluzowa nie tak pofałdowaną, jak przy poprzedniej cystoskopii. Ujść moczowodów i dziś jeszcze stwierdzić nie można. Otwór do uchyłka przedstawia się dzisiaj, jak poprzednio. Po przejściu otworu i dostaniu się do uchyłka stwierdzić można, że błona śluzowa uchyłka jest o wiele czerwieńsza, aniżeli błona śluzowa pęcherza. Pęcherz sprawia wrażenie pęcherza o wiele mniejszego, aniżeli to prawidłowo bywa; uchyłek sam przewyższa pęcherz pod względem wielkości co najmniej dwa razy. Wejście do uchyłka jest bardzo łatwe, należy tylko dziób cystoskopu lekko na prawo skręcić, a następnie popchnąć ku przodowi.

10. XII. 1917. III Cystoskopia. Wstrzyknięto indigo-karmin. Wypełnienie pęcherza 300 cm³ płynu. Błona śluzowa pęcherza i uchyłka okazuje się nieco więcej zaczerwienioną, aniżeli przy ostatniej cystoskopii. Ujście lewego moczowodu dało się łatwo znaleść, a po 15 minutach wydzielał się z niego barwik miernie obficie. Ujścia moczowodu prawego nie można było znaleść. Nie jest wykluczone, że uchodzi on do uchyłka. Mocz, wypuszczony z pęcherza cewnikiem po 20 minutach, okazywał wyraźnie niebieskie zabarwienie.

2. II. 1918. Przez cały czas dotychczasowej obserwacyi, zażywa chory urotropinę z salolem, dwa razy na dzień przepłukuje mu się pęcherz, a właściwie uchyłek, gdyż z łatwością zawsze do uchyłka dostać się można; przepłukiwanie odbywa się wyjałowionym rozczynem kwasu borowego i lapisem 1⁰/₀₀. Ogólny stan chorego znakomicie się poprawił, chory przytył znacznie, jednakowoż dolegliwości moczowe utrzymują się jak poprzednio. Od pięciu dni zaczął chory gorączkować do 38·5° C, skarży się na ogólne rozłamanie, brak apetytu, pragnienie, ból głowy, ból brzucha, szczególnie po prawej stonie. Dolegliwości moczowe zaostrzyły się. W prawem podżebrzu wystąpił łatwo wyczuwalny, a bardzo bolesny guz, odpowiadający prawej nerce. Biegunka.

7. II. 1918. Biegunka ustała. Również ustąpiły boleści brzucha i zaostrzenie dolegliwości moczowych. Guz w podżebrzu prawem znakomicie zmalał i stał się przy dotyku znacznie mniej bolesnym. Ciepłota spadła do poziomu prawidłowego.

Wobec tego, że miejscowe objawy w pęcherzu, pomimo codziennego przepłukiwania i zażywanych środków odkażających mocz nie ustępowały, a nawet wystąpiły objawy zaostrzenia sprawy zapalnej i objawy zapalnego zajęcia prawej miedniczki nerkowej, postanowiłem dłużej nie zwlekać, lecz przystąpić do operacyi.

Dnia 12. II. 1918. wykonałem operacyę. Uśpienie eterowe, po poprzedniem wstrzyknięciu 0·01 morfiny. Przed rozpoczęciem operacyi założono cewnik gumowy, przepłukano pęcherz i wypełniono go 200 cm³ kwasu borowego. Cewnik pozostawiono i zamknięto go kleszczykami. Cięcie w linii środkowej brzucha, 5 cm. poniżej pępka do spojenia łonowego. Po odsłonięciu pęcherza okazało się, że ściana jego jest niezwykle gruba, a pojedyncze wiązki mięsne silnie się zarysowały. Następnie odpreparowano otrzewnę, pokrywającą pęcherz na górnej i tylnej ścianie, przyczem stwierdzono, że od szczytu pęcherza ciągnął się ku górze twór walcowaty, grubości małego palca, długości 6 cm; twór ten, który mógł być tylko niezanikłym moczownikiem, obcięto, a miejsce po jego odcięciu obszyto katgutem. Po odsunięciu otrzewnej z tylnej ściany pęcherza wyłonił się uchyłek, który wielkością przewyższał znacznie rozmiary samego pęcherza i wypełniał całą zatokę Douglasa po stronie prawej. Otrzewna dała się dosyć łatwo oddzielić od przedniej ściany uchyłka. Wypreparowując na tępo uchyłek od góry i spodu, zauważono, że tkanki w miednicy małej, z nim sąsiadujące, są zapalnie naciekłe; większych trudności jednakowoż przy odpreparowaniu uchyłka nie było. Uchyłek wypreparowano w całości aż do miejsca połączenia z pęcherzem; połączenie to znajdowało się na tylnej i prawej ścianie pęcherza. Moczowód grubości małego palca, przebiegał na przestrzeni kilku centymetrow na ścianie uchyłka i uchodził do pęcherza na granicy łączącej go z uchyłkiem. Miejsce to wyczuwało się, jako wyraźnie zgrubiałe, od silnie zaznaczonych mięśni i zapalnie naciekłe; wypreparowanie tego miejsca od otaczających tkanek przedstawiało trudności z powodu silniejszych zlepów i zrostów. (W tych zrostach i zbliznowaceniu całej tej okolicy, gdzie moczowód uchodził do pęcherza, należy upatrywać przyczyny w utrudnieniu odpływu moczu z moczowodu do pęcherza). Moczowód tuż przy ujściu do kanału komunikacyjnego przecięto, następnie założono dwoje zakrzywionych kleszczyków (pinces) na część komunikacyjną i uchyłek pomiędzy kleszczykami odcięto. Koniec moczowodu wynicowano, przecinając go w dwóch miejscach i przyszywając powstałe stąd płatki szwami katgutowymi. Następnie zeszyto otwór w pęcherzu dwoma piętrami szwów katgutowych, a w górną część tego otworu wszczepiono moczowód. W jamę powstałą po wypreparowaniu uchyłka założono sączki; również i do przestrzeni Retziusa założono sączek i dren. Zresztą powłoki brzuszne zeszyto, zostawiając tylko miejsce dla przejścia sączków. Cewnik na stałe.

Przebieg pooperacyjny był dobry; wprawdzie drugiego dnia po operacyi wieczór, wzniosła się ciepłota ciała do 39·2° C, jednakowoż czwartego dnia opadła już całkowicie do stanu prawidłowego. Piątego dnia po operacyi zmieniono sączki, które okazały się nieco moczem przesiąknięte. Pod koniec trzeciego tygodnia wystąpiło ostre zapalenie prawego najądrza z podwyższeniem ciepłoty do 39·8° C, które po dziewięciu dniach ustąpiło bez śladu. Po 43 dniach zagoiła się całkowicie rana w powłokach brzusznych i w tym dniu, t. j. 27. III. 1918. usunięto cewnik.

Badanie, wykonane w dniu 7. IV. 1918, wykazuje: Rana pooperacyjna zupełnie zagojona. Chory oddaje mocz samoistnie w normalnych odstępach czasu i bez wszelkich dolegliwości. Mocz jest prawie przeźroczysty ze śladzikiem białka. Cystoskopia, wykonana przy wypełnieniu pęcherza 200 cm³ płynu, stwierdza: Błona śluzowa pęcherza jasna, gładka, nieco więcej nastrzykana; obrysy nawet najmniejszych naczyń tętniczych wyraźne. Ujście lewego moczowodu w prawidłowem położeniu i o prawidłowym wyglądzie. Na bocznej prawej ścianie pęcherza podługowata, lekko wciągnięta blizna; w górnym brzegu tej blizny znajduje się pagórkowate wzniesienie, a na szczycie tego wzgórka widać okrągły, ziejący otwór; z tego otworu wydobywa się okresowo strumień czystego moczu.

Badanie anatomiczne wyciętego uchyłka, wykonane przez prof. Glińskiego: Uchyłek kształtu prawie kulistego, lekko tylko przypłaszczony o następujących wymiarach: długość 8 cm, szerokość 7·5 cm, głębokość 5·3 cm. Otwór, za pośrednictwem którego uchyłek komunikował z pęcherzem, jest okrągły około 2·5 cm średnicy, obrębiony miejscami lekko nazewnątrz wywiniętą błoną śluzową. Zgrubienia ściany w brzegach otworu nie zauważa się. Wnętrze uchyłka jest wysłane błoną śluzową, która

jest lekko pofałdowana, jakby guzkowata, biało zabarwiona; miejscami jest ona więcej wygładzona i zabarwiona blado-żółtawo-brunatnawo. Grubość ściany uchyłka wynosi 3—5 mm.

Po ustaleniu uchyłka wycięto do badania drobnowidowego dwa kawałki: jeden z brzegu otworu komunikacyjnego z pęcherzem (około 1 cm długi), drugi z pogranicza ściany bocznej i dna uchyłka (około 2 cm długi.)

Badanie drobnowidowe obydwu tych wycinków stwierdziło co następuje:

I. Wycinek z brzegu otworu:

Powierzchnia wycinka jest pokryta wielowarstwowym nabłonkiem, wogóle o prawidłowem wejrzeniu, tylko dość silnie naszpikowanym leukocytami wielojądrzastymi. Grubość nabłonka jest dość równomierna, powierzchnia pofałdowana.

Pod nabłonkiem nierównomiernie gruby pokład wogóle dość wiotkiej tkanki łącznej, tworzącej liczne brodawki; tkanka ta jest dość silnie obrzękła; naczynia w niej porozszerzane, nierównomiernie dość silnie drobno-komórkowo naciekłe z dość znaczną domieszką leukocytów wielojądrzastych. Nacieki te są już to usadowione tylko około naczyń, luźne, już też tworzą rozległe zbitsze pokłady.

Na zewnątrz od błony śluzowej i podśluzowej cienki pokład podłużnie przeciętych włókien mięśni gładkich; pokład ten jest dość jednolity, grubieje nieco w kierunku ku uchyłkowi; wśród niego zauważa się tylko bardzo nieliczne poprzecznie przecięte pasma mięsne; gdzieniegdzie tylko nieco rozleglejsze przerwy pomiędzy mięśniami, utworzone przez tkankę włóknistą; w tkance śródmięśniowej nieznaczne drobne nacieki drobno-okrągłokomórkowe.

Jeszcze bardziej ku zewnątrz od tej podłużnej warstwy mięsnej znajduje się stosunkowo najgrubsza warstwa, składająca się głównie z grubych belek zbitej tkanki włóknistej, ułożonych przeważnie równolegle do powierzchni uchyłka. Wśród tej tkanki łącznej znajdują się dość skąpe, lecz nierównomiernie rozmieszczone, częściowo bardzo szczupłe, jakby zanikające, częściowo dobrze rozwinięte, przecięte już to podłużnie już poprzecznie pęczki mięśni gładkich. Pęczki te znajdują się głównie w środkowej części tej warstwy, miejscami jednak podchodzą aż w obręb jej części obwodowych. Głównie, również w obwodowych częściach tej grubej warstwy zauważa się mniejsze i większe gniazdka tkanki tłuszczowej. W całej tej grubej warstwie naczynia są przeważnie porozszerzane. Około naczyń, zrzadka tylko po za niemi, dość obfite, sięgające aż do samego obwodu uchyłka nacieki drobno-okrągło-komórkowe z dość znaczną domieszką komórek plasmatycznych i z nielicznymi leukocytami wielojądrzastymi.

II. Wycinek z bocznej ściany uchyłka:

Budowa tutaj jest zasadniczo takasama, jak w wycinku pierwszym. W nabłonku powierzchniowym leukocyty są nieco skąpsze, niż tam, natomiast nabłonek ten jest miejscami — zwłaszcza tuż pod powierzchnią — jakby napęczniały, obrzękły, rozpływający się. Właściwa błona śluzowa (mucosa propria) tworzy tutaj także wyraźne brodawki, lecz błona ta, jak również i błona podśluzowa, są tutaj bardzo słabo rozwinięte, przytem silnie drobno-komórkowo naciekłe. Pokład tkanki łącznej jest tutaj miejscami tak skąpy, że włókna mięsne podchodzą gdzieniegdzie prawie pod sam nabłonek. Warstwa mięsna wewnętrzna (podłużna) jest tutaj nieco silniej rozwinięta, niż w wycinku pierwszym. W leżącej od niej na zewnątrz — głównie zbitej włóknistej warstwie — są mięśnie gładkie stosunkowo silnie rozwinięte i mniej zmienione, niż w wycinku pierwszym; tworzą one nierównomiernie, miejscami dość obficie rozmieszczone, pooddzielane od siebie tkanką włóknistą, przeważnie poprzecznie poprzecinane pęczki mięsne. Gdzieniegdzie na zewnątrz od nich dają się wyróżnić cienkie pokłady podłużnie przeciętych włókien mięsnych, które zdają się odpowiadać pozostałościom podłużnej warstwy zewnętrznej. W całej ścianie uchyłka i tutaj zauważa się sięgające aż do samego obwodu okołonaczyniowe nacieki drobnokomórkowe. Naczynia w wielu miejscach są porozszerzane; tu i owdzie widoczne są szerokie szczeliny limfatyczne.

Zrąb sprężysty wogóle silniej rozwinięty, niż w warunkach prawidłowych (w obydwu wycinkach). Zwłaszcza silny rozwój zrębu sprężystego zauważa się w obrębie i na miejscu warstw

mięsnych, i to nawet nieco silniej w warstwach głębszych, niż w obwodowych, przyczem najliczniej znajdują się elementa sprężyste pomiędzy i w otoczeniu zanikających pęczków mięsnych.

Jak zatem z opisu anatomicznego widać, chodziło w powyższym przypadku o prawdziwy uchyłek pęcherza moczowego. Dowodzi tego obecność w ścianie uchyłka wszystkich warstw ściany pęcherza, a przedewszystkiem warstw mięsnych i to tak okrężnej, jak i podłużnej.

Za wrodzoną przyrodą tego uchyłka przemawia kilka szczegółów, i tak naprzód, że występował pojedynczo; wprawdzie znane są przypadki mnogich wrodzonych uchyłków pęcherza moczowego, jednak należą one do rzadkości, a z reguły uchyłek wrodzony bywa pojedynczy. Dalej za tą samą przyrodą przemawia siedziba uchyłka; uchyłki wrodzone ze szczególnem upodobaniem sadowią się w okolicy ujść moczowodów. Dalszym bardzo ważnym dowodem, że uchyłek był wrodzonym, jest obecność na szczycie pęcherza resztek i to wcale pokaźnych moczownika, gdyż wiadomą jest rzeczą, że zboczenia wrodzone u danego osobnika bywają nierzadko wielorakie. Wreszcie brak wszelkich podstaw do przyjęcia, że uchyłek ten mógłby powstać w życiu pozapłodowem, przemawia również za wadą rozwojową; w przypadku tym nie było żadnych przeszkód w odpływie moczu w dolnych drogach moczowych, nie było żadnej sprawy nerwowej ośrodkowej, którąby wywoływała wzmożone parcie śródpęcherzowe, nie było drobnych a licznych wypukleń błony śluzowej pomiędzy beleczkami mięsnemi pęcherza, któreby za wzmożonem ciśnieniem śródpęcherzowem przemawiały.

Objawy podmiotowe, jakie chory w wywiadach podał, nie miały nic znamiennego dla uchyłka; najważniejszy z nich, objaw dwuczasowego moczenia, całkiem u chorego nie istniał. Inne objawy, jak pieczenie w cewce i częste oddawanie moczu, mogły zaledwie przemawiać za stanem zapalnym błony śluzowej pęcherza. Wystąpiły one dopiero w r. 1915, bezpośrednio po ropnem zapaleniu cewki (prawdopodobnie tryprowem) i potwierdziły znany już zresztą fakt, że wrodzone, a niezakażone uchyłki dolegliwości nie sprawiają, a dopiero przyłączająca się sprawa zapalna z towarzyszącemi jej dolegliwościami wiedzie do odkrycia uchyłka.

Z objawów przedmiotowych tylko jedno badanie zgłębnikiem metalowym rzucało pewne światło na przyrodę cierpienia i dozwalało przypuszczać uchyłek; ten mianowicie fakt, że przy skręceniu dzióba zgłębnika na prawo i popchnięciu ku przodowi, dawał się zgłębnik głęboko wprowadzić, a następnie wydobywała się jeszcze pewna ilość moczu. Inne objawy fizyczne, dawniej tak wysoko cenione w rozpoznawaniu uchyłka pęcherza, zupełnie w tym przypadku zawiodły.

(Dokończenie nastąpi).

Notatka słownikowa

prof. Browicza.

wodordzenie, hydrorrhachis.
przegrasiczenie, hyperthymisatio.
niedograsiczenie, hypothymisatio.
gorączka szczepienna, Impffieber.
niwecznik, Immunkörper.
strop gardła, nadgardle, epipharynx.
ciałko przytarczyczne, Epithelkörperchen, gland. parathyreoidea.
bodziec twórczy, wzrostowy, Wachstumsreiz.
przedziedziczyć, vererben.
usamczyć, vermännlichen.
usamiczyć, verweiblichen.
ześluzowacenie, Schleimmetamorphose.
przezakażenie, Ver(durch)seuchung.
właściwy komórce, zelleigen.
gruczoł płciowy, Pubertätsdrüse. 5.

Czy w czasie obecnej wojny występują częściej przypadki raka?

Kwestya, w ostatnim czasie poruszona, a bardzo doniosła, nie tylko pod względem praktycznym, ale nie mniej i naukowym. Chciałbym ją postawić na porządek obrad przyszłego naszego Zjazdu chirurgów, a tylko praca zbiorowa ją rozstrzygnąć może, i to praca zbiorowa najszerszych kół lekarskich. Dla tego upraszam wszystkich Kolegów praktykujących, ażeby zechcieli zebrać swoje spostrzeżenia i choćby w najkrótszych notatkach mi nadesłać. Mogłoby się zdawać, wychodząc z zapatrywania dziś ogólnie przyjętego, iż rak pojawia się częściej u ludzi obficie mięsa używających, że obecnie podczas tej wojny przy zmniejszonem zużywaniu mięsa rzadziej pojawiać się będzie. Zwrócić należy jednak uwagę, że zauważano — zdaje się niewątpliwie — właśnie w tej wojnie, iż ludzie po 40. roku życia nadzwyczaj szybko starzeją, a to znowu usposabiałoby do częstszego występowania raka. L. Rydygier.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Starania lekarzy pomocniczych krajowego Szpitala św. Łazarza o poprawę bytu odniosły w pewnej mierze skutek, wobec czego grożące szpitalowi ustąpienie lekarzy zostało zażegnane. Przesilenie zaostrzyło się było do ostateczności wskutek oporu Wydziału krajowego; dopiero wyjazd delegatów prymaryuszy do Lwowa i interwencya Marszałka krajowego rzecz wyrównały. Na wypadek ustąpienia mieli lekarze pozostawić dla opieki nad chorymi trzech kolegów, jako dyżurnych.

Lwów. Rektorem Uniwersytetu został wybrany Dr Antoni Jurasz, profesor laryngologii i otyatryi.

Warszawa. Rząd polski przeznaczył około 10 milionów marek do rozporządzenia Ministerstwa zdrowia i opieki społecznej na ratowanie dzieci, zagrożonych przez głód i epidemie. (Gaz. lek. 24).

— Dziekanem Wydziału lekarskiego wybrany został prof. Dr W. Mazurkiewicz, delegatem do Senatu prof. Dr K. Rzętkowski.

Zmarli: Dr Anna Tomaszewicz-Dobrska, pierwsza lekarka polska, w 62 r. ż. w Warszawie, gdzie praktykowała od r. 1881.

Redakcya otrzymała: Prof. Dr Syllaba: Nauka o lékařském poklepu a poslechu. Dil prvy: Nauka o poklepu. Praga 1918. (Bursik & Kohout). Stron 478 z 180 rycinami. — J. Jaworski: Prof. Dr Antoni Noga-Mars. Wspomnienie pozgonne. (Gaz. lek.). — Popielski: β-imidazolyletylamina i wyciągi z narządów. (Akad. Umiej. 1917).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Zur Zahl: 7433/BH. ex 1918.

Konkursausschreibung.

Im bosn. herc. Landesdienste kommen einige Amtsärztinnenstellen der IX. Diätenklasse (Anfangsgehalt 2.800 K Zulage 960 K nebst angemessener Teuerungszulage für die Dauer der gegenwärtigen abnormen Verhältniss) zur Besetzung.

Bewerberinnen um diese Stelle haben ihre Gesuche (entweder direkt oder, falls sie angestellt sind, im Wege der bezüglichen Anstalt) an die Landesregierung für Bosnien und die Hercegovina in Sarajevo zu richten.

Die Gesuche sind mit folgenden Nachweisen zu belegen:

1. über die b. h. Landesangehörigkeit, bezw. die öster. oder ung. Staatsbürgerschaft (Geburtsschein, Heimatschein);
2. über den an einer Universität in Oesterreich oder Ungarn erlangten Grad eines Doktors der gesamten Heilkunde (Originaldiplom oder legaliesirte Abschrift);
4. über die nach Erlangung des Doktorgrades in einem öffentlichen Krankenhause vollstreckte wenigstens zweijährige Verwendung (Verwendungszeugniss);
4. über die physische Diensttauglichkeit (amtsärztliches Zeugnis);
5. über die Kenntnis der serbocroatischen oder einer slavischen Sprache (Zeugniss); eventuell die bindende Erklärung, die serbo-kroatische Sprache binnen Jahresfrist zu erlernen.

Die an die Landesregierung direkt gerichteten Gesuche sind mit bosn. herc. Stempel zu versehen (Gesuch 1 Krone, Beilage je 20 h per Bogen); oder es ist der entfallende Betrag beizuschliessen.

Gesuche, welche im Wege einer öster. oder ung. Behörde überreicht werden, sind ebenso wie deren Beilagen nach der in Oesterreich bezw. in Ungarn Gebührenvorschrift zu stempeln. 247

Landesregierung für Bosnien und Hercegovina.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.